



Turvallinen osastoympäristö neuro- ja vanhuspsykiatrisille potilaille

Virpi Arell

Henna Levonen

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2019

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

ARELL, VIRPI & LEVONEN, HENNA:

Turvallinen osastoympäristö neuro- ja vanhuspsykiatrisille potilaille

Opinnäytetyö 34 sivua, joista liitteitä 7 sivua

Syyskuu 2019

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla millaisia erityisominaisuuksia muistisairaus tuo ihmisen turvallisuudentarpeeseen ja kuinka se vaikuttaa ympäristön huomioimiseen. Tavoitteena oli kerätä luotettavasti tutkittua tietoa neuro- ja vanhuspsykiatrisen potilaan tarpeista ja keinoista, minkä avulla voidaan toteuttaa turvallinen osastoympäristö. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kirjallisuuskatsauksella haluttiin selvittää millaisia ovat neuro- ja vanhuspsykiatriset potilaat ja kuinka erilaiset neurologiset sairaudet vaikuttavat potilaiden aisteihin sekä kognitiivisiin kykyihin. Haasteita turvallisen osastoympäristön määrittelyyn luo se, että erilaiset sairaudet tuovat mukanaan erilaisia kognitiivisia oireita. Oireistoon vaikuttaa potilaan oman luonteen kulmakivet, mitkä saattavat nostaa esiin tai poistaa, erityisiä piirteitä, kuten esimerkiksi joitain pelkoja tai vahvuuksia. Olennaista oli ymmärtää, kuinka heidän sairautensa vaikuttaa kokemukseen ympäristöstä, muodoista, valoista ja väreistä ja miten sairaus vaikuttaa toimimiseen muuttunein aistein.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että aihetta voisi tutkia vielä lisää. Löydetyistä tutkimuksista nousi selkeästi esiin toistuvat teemat, jotka liittyivät helppokulkuihin ja tilaviin rakenteellisiin ratkaisuihin osastoympäristössä, valaistuksen merkitykseen ja kirkkaiden värien käyttöön havaittavuuden parantamiseksi. Potilaan toimintakyvyn tukemisessa fyysinen ympäristö ja tutut hoitajat ovat tärkeitä tekijöitä. Jatkotutkimuksena ehdotamme haastattelua neuro- ja vanhuspsykiatrisilla osastoilla työskentelevien hoitajien kokemuksista ja siitä, kuinka he hoitajina toimivat ja ohjaavat kognitiivisesti haastavia potilaita.

Asiasanat: muistisairaat, dementia, potilasturvallisuus, laitoshoido, valaistus, värit

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

ARELL, VIRPI & LEVONEN, HENNA:
Inward Safety for Neurological and Psych-Geriatric Patients
Descriptive Literature Review

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 7 pages
September 2019

The purpose of this Study was to examine what kind of a Ward would be safe for Neurological and Psych-Geriatric Patients and how to create an infrastructure that would provide safe and functional surroundings for them. The objective of this study was to gather reliable information from different sources and with those define different kinds of methods how to create a safe Ward for Elderly Patients with challenging behavior. The Implementation of the Study was Descriptive Literature Review and the data was collected from several international and Finnish electronic databases and the method for analyze was content analysis.

Within this review we also explain how the Patients diagnosis affects their ability to cope inward environment and how they experience shapes, lights and colors on their surroundings. How One's senses and cognitive ability is different from earlier stage of life. Challenges of defining a safe ward environment is that different diagnosis causes different kinds of symptoms and oneself's trait of character can affect on the disease as well, reinforcing or weakening fears, anxiety and/or fortitude.

The results of the Study showed that the subject could be studied more. The themes that repeated in the results of the articles was open and spacious layout in Ward environments. As well as the meaning of lighting and use of bright colors. To support the ability to function and familiar Nurses are very important subjects. As a further research we suggest an interview for the Nurses working in Wards. Their nursing experiences and how they support and supervise patients with neurological or psych-geriatric symptoms.

Key words: dementia, patient safety, institutional care, ward safety, lightning, colors

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1	Neuro- ja vanhuspsykiatrinen potilas	6
2.2	Turvallinen osastoympäristö	8
3	TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ	11
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	12
4.1	Kirjallisuuskatsaus.....	12
4.2	Aineiston keruu	14
4.3	Aineiston analysointi	15
5	TULOKSET	18
5.1	Turvallinen osastoympäristö neuro- ja vanhuspsykiatrisille potilaille.....	18
5.1.1	Osaston pohjapiirustuksen merkitys neuro- ja vanhuspsykiatrisen potilaan turvallisuudelle.....	20
5.1.2	Valaistuksen ja värien merkitys neuro- ja vanhuspsykiatrisen potilaan turvallisuudelle.....	21
6	POHDINTA	23
6.1	Tulosten tarkastelu	23
6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	24
6.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	25
	LÄHTEET	26
	LIITTEET	28
	Liite 1. Aineiston keskeiset tiedot.....	28

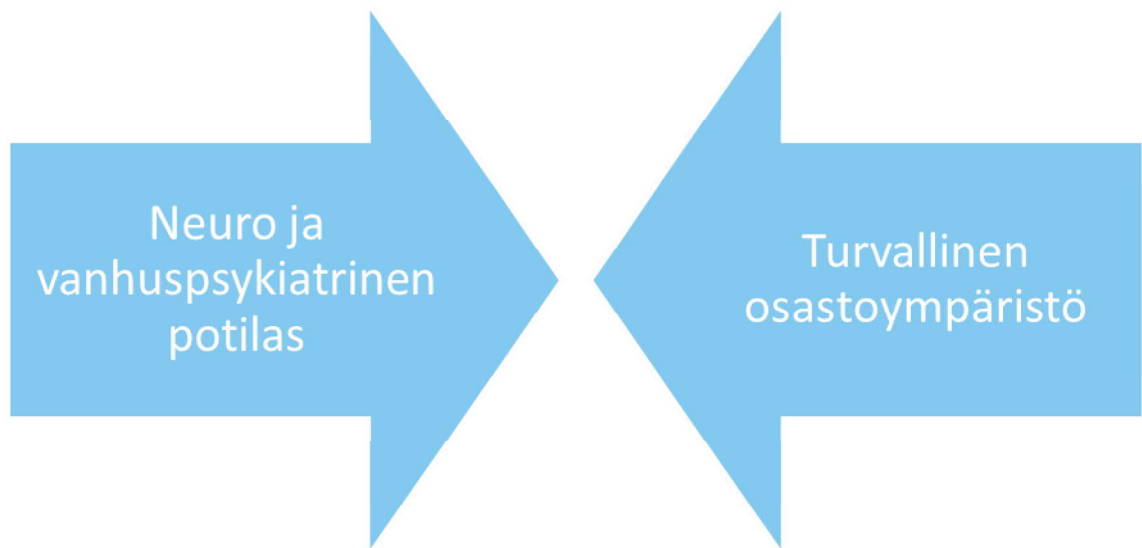
1 JOHDANTO

lääkällä henkilöllä muistin heikkeneminen, sekä muiden kognitiivisten kykyjen heikkenemisen ilmaantuminen, ovat tavallisia oireita, joiden syyt tulisi aina selvittää. Muistisairaudet ovat usein eteneviä ja johtavat moniin liitännäisoireisiin kuten käytöshäiriöihin, kielellisiin häiriöihin ja älyllisen toimintakyvyn laskuun. Muistisairaudet ovat merkittävä henkilön pitkäaikaishoitoon johtava oireyhtymä ja on etenevä sairaus. Muistisairauksien yleisyydestä kertoo se, että ne ovat merkittävin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta aiheuttava sairausryhmä. (Tilvis, Pitkälä, Stranberg, Sulkava & Viitanen 2010, 120-121, 135.)

Opinnäytetyömme aihe on Turvallinen osastoympäristö neuro- ja vanhuspsykiatrisille potilaille. Opinnäytetyön työelämätaho on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla millaisia erityisominaisuuksia muistisairaus tuo ihmisen turvallisuudentarpeeseen ja kuinka se vaikuttaa ympäristön huomioimiseen. Tavoitteena on kerätä luotettavasti tutkittua tietoa neuro- ja vanhuspsykiatristen potilaiden tarpeista sekä keinoista, kuinka heille toteutetaan turvallinen osastoympäristö. Työstä toivomme olevan hyötyä hoitoalan ammattilaisille, aiheen ympärillä työskenteleville sekä hoitoalaa opiskeleville.

Valitsimme aiheen, koska se herätti meissä kummassakin mielenkiinnon muistisairauksien yleisyyden vuoksi. Muistisairaana asumis- /osastoympäristöllä on suuri merkitys arjen sujumiseen sekä potilaan, että hoitajan kannalta. Kohtaamme muistisairaita harjoitteluissamme, normaalissa arjessa sekä tulevassa työssämme. Olemme huomanneet, että heidän kanssaan toimiminen vaatii välillä kekseliäisyyttä sekä hyvää taudin ymmärrystä. Arvioimme, että tämän työn tekeminen antaisi meille paremmat työkalut hoitotyöhön kohdatessamme muistisairaita henkilöitä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT



KUVIO 1. Teoreettiset käsitteet

2.1 Neuro- ja vanhuspsykiatrinen potilas

Arvion mukaan 16-30 prosenttia yli 65-vuotiaista kärsii jonkin asteisesta mielen-terveyden häiriöstä. Pitkäaikaishoidossa olevilla muistisairautta sairastavilla potilailla esiintyy käytösoireita kuten verbaalista ja fyysistä aggressiivisuutta sekä vaeltelua ja levottomuutta. Muistisairaiden potilaiden psykiatriset ja käytösoireet aiheuttavat hoidollisia ongelmia ja haasteita. (Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. 2016. Duodecim.) Muistisairauden ensimmäinen oire on usein psykiatrinen. Tilanteissa, joissa ikääntynyt henkilö sairastuu ensimmäistä kertaa elämässään esimerkiksi masennukseen, vaikeaan ahdistuneisuuteen tai harhaluuloisuushäiriöön, tulisi huomioida mahdollisesti taustalla oleva muistisairaus. (Koponen & Vataja 2017.)

Kaikissa muistisairauksissa, sekä niiden eri asteissa, esiintyy käytösoireita jossain vaiheessa sairautta. Ainakin yhtä käytösoiretta on arvioitu esiintyvän 70-90 prosentilla sairastuneista. Tavallisimpia käytösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus (agitaatio), ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden

muuttuminen sekä uni-valverytmin häiriöt. Harvinaisempia, mutta mahdollisia oireita ovat seksuaaliset käytösoireet ja syömishäiriöt. (Juva, Hublin, Kalska, Korkeila, Sainio, Tani & Vataja 2011, 193.)

Masennusta pidetään vanhuusiän yleisempänä mielenterveyden häiriönä. Sitä esiintyy 2,5-5 prosentilla eläkeikäisistä ja sen lisäksi jopa 15-20 prosenttia kärsii jonkin asteisista yleensä lievemmistä mielialaongelmista. Ongelmat ovat miehillä selvästi harvinaisempia kuin naisilla. Dementoiviin aivosairauksiin liittyy usein taudin alkuvaiheessa masennus jopa 50-80 prosentilla potilaista. (Tilvis ym. 2016, 150.)

Psykoosi on vakava mielenterveyden häiriö ja sitä esiintyy myös vanhuksilla. Suurin osa psykoosiin sairastuneista vanhuksista on sairastunut psykoosiin jo aiemmin nuoruudessaan, mutta on myös mahdollista, että ensimmäinen psykoosi ilmaantuu vasta vanhuudessa. Ensipsykoosin hoitoon tulleista yli 70-vuotiaista 64 prosenttia kehitti myöhemmin dementiaoireiston. (Juva ym. 2011, 324.) Yleensä ajatellaan, että oireet johtuvat deliriumista eli sekavuustilasta, jonka jokin muu tekijä aiheuttaa. Psykoosin kaltaisia oireita esiintyy 30-50 prosentilla potilaista. Oireina esiintyy sekavuutta, toimintakyvyn heikentymistä, mielialan laskua, epärealistista ajattelua ja harhaluuloja, joita henkilö pitää totena. Maanisen vanhuksen käyttäytyminen on kontrolloimatonta ja ylivireistä, mieliala on korkea tai ärtyisä, ja siksi tuovat usein mieleen sekavuustilan. (Tilvis ym. 2016, 140.) Muun muassa kuolemanpelko, kuolemantoive, tyytymättömyys elämäänsä ja tyhjyyden tunne, erilaiset somaattisten oireiden valittelut ovat psykoosiksi edenneen masennuksen erityisiä piirteitä vanhuspotilaalla (Juva ym. 2011, 322).

Ikääntyneiden skitsofreniapotilaiden määrä tulee lisääntymään lähitulevaisuudessa, kun suuret ikäluokat vanhenevat. Uusilla skitsofreniaan sairastuvilla vanhuksilla ei ole vuosikymmeniä kestänyttä laitoshoitotaustaa takanaan, vaan heidän palvelun- ja hoidontarpeensa ovat erilaisia kuin aiemmin. Skitsofrenia alkaa tavallisesti varhaisaikuisuudessa ja vain pieni osa sairastuu vanhuusiällä. Elämäntilanteella ja ikääntymisellä saattaa olla merkitystä taudin puhkeamiselle vasta myöhäisiällä. (Tilvis ym. 2016, 142.)

Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, jonka osuus muistisairauksista on jopa 60 prosenttia, Lewyn kappale -tauti (noin 15-20 prosenttia) ja aivo-verenkiertoperäinen vaskulaarinen enkefalopatia (15 prosenttia). Nämä sairaudet voivat esiintyä samalla henkilöllä yhtä aikaa, jolloin puhutaan sekamuotoisesta muistisairaudesta. Oireet alkavat lievillä lähimuistin häiriöillä, jolloin uusien asioiden muistaminen heikkenee, sanojen löytäminen vaikeutuu, ja esiintyy hahmottamisen vaikeutta. Taudin edetessä pidemmälle ajan- ja paikantaju katoavat, sanoja ei löydy ja käytetään kiertoilmaisuja, tavarat ovat kadoksissa, motoriset taidot katoavat ja henkilö on usein sairaudentunnoton. Käytännön elämää haittaavista tekijöistä huolimatta, sosiaalisen keskustelun taidot säilyvät varsin pitkään ja taudin etenemistä voi olla lyhyen kontaktin aikana vaikea huomata. (Tilvis ym. 2010, 123-125.)

2.2 Turvallinen osastoympäristö

Hyvän ja turvallisen elämän perustana on jokaista yksilöä arvostava kohtaaminen. Hoitohenkilöstön ja yksikön ammatillinen osaaminen näkyy parhaiten hoitamisen laadussa. Puhutaan sitten potilaista tai asukkaista, heitä jokaista kohdellaan arvostaen, tunnetaan heidän elämänsähistoriansa ja tapansa sekä tiedetään heidän henkilökohtaiset toiveensa. Muistisaira tai vanhuspsykiatrisen potilaan tulee saada tuntee olevansa yhteisönsä arvostettu jäsen, myös sairaalan tai hoitolaitoksen osastolla ollessaan. (Hallikainen, Monkäre, Nukari & Forder 2014, 211.)

Fyysinen ympäristö on tärkeä osa potilaan toimintakyvyn tukemisessa. Vanhuspsykiatrisen potilas ei usein hahmota paikkaa missä hän on, onko joku käynyt lähiaikoina vierailulla tai onko joku tulossa käymään. Yleensä ajatellaan, että koti on paras paikka asua. Se koti, jonne mieli kaipaa, on usein lapsuuden koti, se paikka, jonka sairastunut muisti vielä muistaa. Ympäristö, jossa tällä hetkellä asuu, voi tuntua täysin oudolta, vieraalta ja tunnistamattomalta (Hallikainen ym. 2017, 88-89). Tarpeiden huomioimatta jättäminen lisää elämän haasteita ja huonosti suunniteltu osastoympäristö lisää hämmennystä, ahdistusta, vihamielisyyttä ja sosiaalista eristäytymistä. Kun tilat ovat hyvin suunniteltu, ihminen pystyy käyttämään suuntavaistoaan paremmin, tunnistaa helpommin merkit, näkee

toisen kasvot ja pystyy toimimaan helpommin. Ympäristön tulisi olla muunneltavissa, jotta voidaan huomioida sairauden etenemisen tuomat muutokset toimintakyvyssä. Kognitiivisen toimintakyvyn laskiessa ajan, tilan ja esineiden hahmotaminen vaikeutuu, minkä vuoksi ihminen pyrkii tilasta pois, eksyy ja hämmentyy. (Semi, Salmi & Mykkänen 2016, 11-17.)

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Potilaan näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus on myös sitä, että hoidosta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. (THL.) Valtioneuvosto on tehnyt periaatepäätöksen potilas ja asiakasturvallisuusstrategiasta, jonka päätösten tulisi olla toteutettu vuoteen 2021 mennessä. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia ohjaa suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen turvallisuuskulttuuriin ja tavoitteena on edistää sen toteutumista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos. 2019. THL.)

Turvallisen hoidon, hoivan ja palveluiden edellyttämät voimavarat ja osaaminen tulee olla huolellisesti varmistettu. Palveluja tuottavan yksikön johdon tehtävänä on määritellä turvallisen palvelun edellyttämät resurssit ja varmistaa niiden saatavuus. Riittävä määrä ja osaava henkilöstö pystyvät varmistamaan hyvän ja turvallisen palvelun ympäri vuorokauden. Yllättävien ja äkillisten henkilöstövajeiden varalle tulee olla sovitut menettelytavat. Toimitilat, laitteet ja tarvikkeet ovat turvallisia ja soveltuvat tarkoitettuun toimintaan. Organisaatiossa on laiteturvallisuuden seurantarjestelmät ja nimetyt vastuuhenkilöt. Henkilökunnan perehdytys ja osaaminen on varmistettu sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden laadun seurantaan on varattu riittävät resurssit. Organisaatiossa on selkeästi nimetty potilas- ja asiakasturvallisuuden ja laadun koordinoinnista vastaavat henkilöt ja heidän tehtävänsä ja vastuunsa on määritelty. Kaikki resurssivarauksiin ja -muutoksiin vaikuttavat päätökset arvioidaan potilas- ja asiakasturvallisuuden ja laadun näkökulmasta ennen päätöksentekoa. (Potilas ja asiakasturvallisuusstrategia 2017, 12-22).

Potilaan itsemääräämisoikeus säilyy muistisairauden diagnoosista huolimatta ja hoidossa pyritään mahdollisimman pitkään kuulemaan potilaan itsensä tahtoa

häntä koskevassa hoidossa. Edunvalvoja tai lähiomainen voi olla mukana päätöksenteossa sairauden edetessä, mutta päätöksissä tulee kuulla ensisijaisesti sairastuneen oma tahto. Rajoitustoimenpiteitä voidaan toteuttaa vain mielenterveyslakiin perustuvaan tahdosta riippumattomaan hoitoon -määrätyn potilaan kohdalla. Kaikki rajoittavat toimenpiteet ovat määritelty potilaan turvallisuutta ylläpitäviksi ja jokainen päätös tehdään yksilöllisesti. Muistisairaita hoidettaessa esimerkiksi lukitut ulko-ovet takaavat potilaiden pysymisen turvalliseksi määritellyllä alueella. (Valvira, B.)

Ympäristön merkitys neuro- ja vanhuspsykiatrisen potilaan elämässä korostuu, koska sairaus heikentää kykyä ymmärtää, ja tehdä havaintoja ja päätelmiä ympäristöstään, ihmisistä ja tapahtumista. Oikeanlainen valaistus, sisustuksen värit, kontrastierot, muistivihjeet ja ärsykkeiden hallinta ovat keskeisempiä hoitoympäristön hahmottamista tukevia asioita. Paikkaan orientoituminen riippuu fyysisestä ympäristöstä ja hyvillä ratkaisuilla ja opasteilla voidaan parantaa orientoitumista. Periaate neuro- ja vanhuspsykiatriselle henkilölle suunnitellussa hoitoympäristössä on, että mitä ei voi nähdä, sitä ei ole. (Elo, ym. 2013, 18.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla millaisia erityisominaisuuksia muistisairaus tuo ihmisen turvallisuudentarpeeseen ja kuinka se vaikuttaa ympäristön huomioimiseen. Tavoitteena on kerätä luotettavasti tutkittua tietoa neuro- ja vanhuspsykiatrisen potilaan tarpeista ja keinoista, minkä avulla voidaan toteuttaa turvallinen osasto ympäristö.

Opinnäytetyön tehtävä:

Millainen on turvallinen osasto ympäristö neuro- ja vanhuspsykiatrisille potilaille?

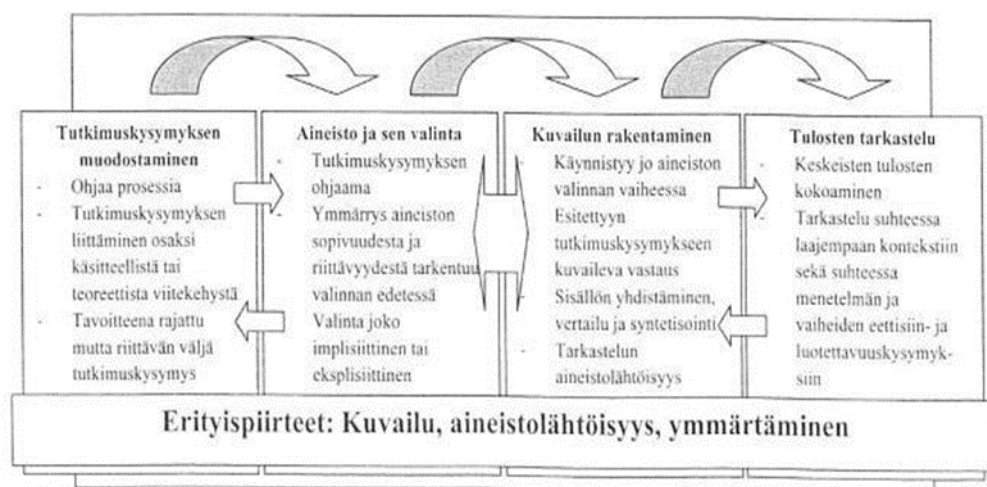
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on jokaisen tutkimuksen tiedonhaun perusta, millä kerätään aihealueesta kattavasti tietoa. Kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomio tehtyihin tutkimuksiin, ketkä ovat olleet tutkijat, sekä mikä on ollut näkökulma tutkimiseen ja mitä aiheesta jo tiedetään. Kirjallisuuskatsaus on ensisijainen menetelmä, jos halutaan muodostaa selkeä kokonaiskuva tutkitusta aiheesta tai aihekokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kehittää tieteellistä ja teoreettista ymmärrystä ja arvioida jo olemassa olevaa teoriaa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 5-7.) Kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan teoreettinen tutkimus, mutta sen toteuttamiseen voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 139).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen perustyyppi. Se on yleiskatsaus tutkittuun tietoon ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistot voivat olla laajoja eikä aineiston valintaa rajaa tarkat metodiset säännöt. Tutkittava aihe tai ilmiö pystytään kuvaamaan laajasti ja aiheen ominaisuuksia pystytään luokittelemaan laaja-alaisesti. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. Kirjallisuuskatsauksien menetelmällisesti kevyin muoto on narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Sen avulla pystytään antamaan laaja kuva tutkittavasta aiheesta, ja sen avulla voidaan kuvailla käsiteltävän aiheen kehityskulkua ja historiaa. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus pyrkii helppoluokiseen lopputulokseen. (Salminen 2011.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on itsenäinen tutkimusmenetelmä, mikä kuvaa jotain tiettyä ilmiötä tai asiaa, tietyistä näkökulmista. Menetelmä on vakiintunut esimerkiksi humanististen kysymysten tutkimusmenetelmäksi. Vaiheita kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on neljä: 1) tutkimuskysymyksen muodostus, 2) aineiston valinta, 3) kuvailun rakenne ja 4) tuloksien tarkastelu. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291-293.) Kuviossa 2 on esitetty kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet.



KUVIO 2. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet (Kangasniemi ym. 2013)

Tutkimuskysymyksen muodostaminen ja asettelu ovat kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkeä vaihe. Tutkimuskysymys ohjaa koko kirjallisuuskatsauksen kulkua, tutkimusprosessia ja kohdistuu käsitteellisiin ilmiöihin. Hyvä tutkimuskysymys on onnistuneesti rajattu, täsmällinen mutta ei kuitenkaan liian suppea tai laaja. Liian suppea kysymys on haastava, aineiston etsiminen on vaikeaa tai aineistoa ei löydy ollenkaan. Liian laaja kysymys puolestaan tuottaa liian paljon aineistoa ja aineiston käsitteleminen on suuren määrän vuoksi mahdotonta. Kun kysymys on sopiva, se mahdollistaa aiheen tarkastelua syvällisesti. (Kangasniemi ym. 2013.)

Koska aiheemme, osastoturvallisuus muistisairaalle potilaalle, on teoreettinen, valikoitui menetelmäksemme kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Menetelmä valikoitui aiheen ja työelämätahon toiveen mukaan. Muistisairauksista, muistisairaista potilaista ja osastoturvallisuudesta on jo olemassa olevaa, tutkittua tietoa, mutta näitä asioita ei juuri ole liitetty yhteen.

4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsaukseen aineistoja haetaan tutkimuskysymyksen perusteella. Kysymyksen tarkoitus on löytää merkityksellistä aineistoa tutkimukseen. Aineistoa, kuten tutkimusartikkeleita ja julkaisuja haetaan tieteellisistä tietokannoista hakusanoilla ja hakulauseilla. (Stolt ym. 2016.)

Tiedonhaussa käytimme muun muassa Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston Finnan tarjoamia aineistoja: aloittain etsiviä hakukoneita muun muassa CINAHL, Medic, Hoidokki, ARTO-kotimainen artikkeliviitetietokanta, sekä artikkeleita alan lehdistä, julkaisuista ja kirjoista. Hakusanat, jotka olivat yleisen suomalaisen asiasanaston mukaisia, olivat: *muistisairaat, dementia, psykiatrinen hoito, psykiatria, geriatria, laitoshoido, valaistus, värit*. Etsimme tietoa sekä suomen- että englanninkielisistä lähteistä, esimerkiksi: *muistisaira*, dement*, patient*, safe*, ward*, neuro* ja infrastruct**.

Hakusanat on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1.

Tietokanta	Hakusanat
Medic	Muistisair* OR dement* OR neurologi* AND turvallisu* AND osastoymp* ystäväl*
Cinahl	Geriatric* OR neuro* AND ward* AND safet* NOT home
EBSCO Medline	Dement* OR neuro* AND safet* AND hospital NOT home
Finna.fi	Muistisair* AND muisti* AND ympärist* ystäväl*

Haku kolmesta eri tietokannasta: Medic, Cinahl ja Finna tuottivat yhteensä 107 viitettä, joista relevantteja oli 11 kappaletta. EBSCO Medline tuotti haulla 36176

viitettä, mistä totesimme hakulauseen olevan liian laaja. Tyydyttävää ja suppeampaa tulosta ei löytynyt EBSCO Medline:n kautta hakulauseita tarkentamalla. Olimme asettaneet tietyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit aineistolle, minkä valitsimme työhömmе. Tutkimuksen kieliksi rajasimme suomen ja englannin kielet. Tavoitteenamme oli löytää mahdollisimman tuoreita tutkimuksia, joten aikarajaksi asetimme kymmenen vuotta. Pyrimme löytämään tutkimuksia, jotka ovat vertaisarvioitu ja joista löytyi vastaus asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen valintakriteereillä ei välttämättä löytynyt suoraan sopivia tutkimuksia, mutta niillä pystyimme rajaamaan hakutuloksia.

4.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi menetelmällä voidaan analysoida aineistoa objektiivisesti ja systemaattisesti. Tällä menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta aiheesta tiivis kuvaus yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä saadaan kerättyä aineisto johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto selkeään ja tiivistettyyn muotoon, ja säilyttää aineiston tuoma informaatio. Aineiston käsittely perustuu johdonmukaiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa tehdään selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta aiheesta. Sisällönanalyysi on hoitotieteessä paljon käytetty perusanalyysimenetelmä, jonka avulla kuvataan ja analysoidaan aineistoja (Kankkunen ym. 2013, 165-166).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmevaiheinen prosessi. Ensimmäinen vaihe sisältää aineiston redusoinnin eli pelkistämisen, toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmannessa vaiheessa aineistosta luodaan teoreettisia käsitteitä eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117-122.) Kuviossa 3 esitetään tutkimusaineiston analyysin eteneminen vaiheittain.

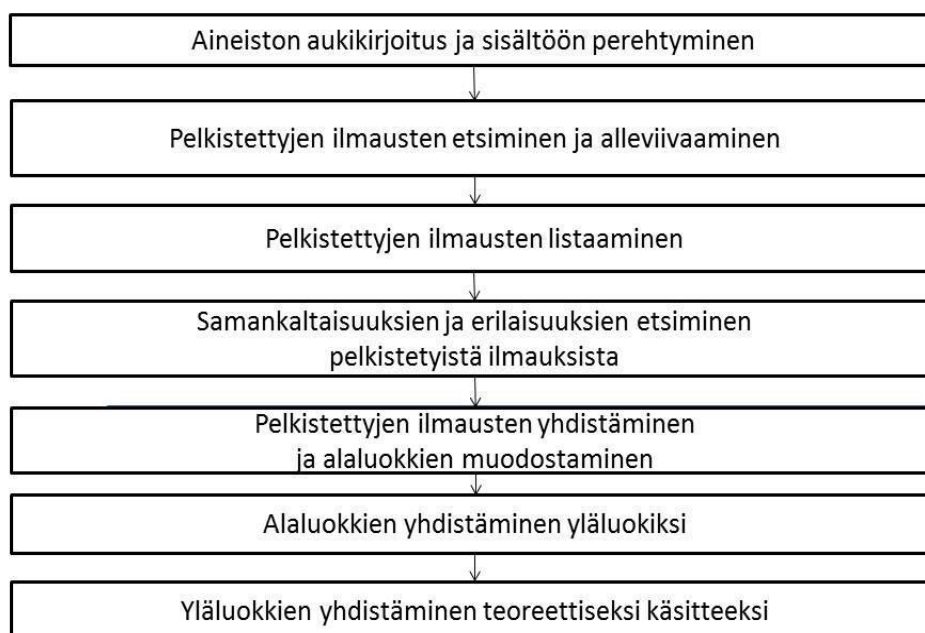
Ensimmäiseksi luimme opinnäytetyön aineiston useaan kertaan läpi, teimme muistiinpanoja ja alleviivauksia. Aineistosta löytyi toistuvia teemoja, kuten valaistuksen, osastonpohjapiirustuksen merkitys tilan hahmottamiseen sekä potilaaseen ja potilaan turvallisuuteen liittyviä seikkoja. Etsimme aineistosta alkuperäi-

silmauksia, jotka vastasivat opinnäytetyömme tehtävään, ja ne merkittiin aineistoon eri väreillä. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin alkuperäismerkitys säilyttäen ja niistä tehtiin taulukko.

Sisällönanalyysissä tutkittavasta aineistosta luokitellaan ilmiötä kuvaavia tekstin sanoja ja ilmaisuja. Tutkija merkitsee alkuperäisilmaisut aineistoon esimerkiksi väreillä korostaen. Alkuperäisilmaisujen pohjalta tehdään aineiston pelkistäminen. (Kylmä & Juvakka, 2007, 112-113,117.) Koodaus toimii muistiinpanoina aineistoa käsiteltäessä, jäsentäessä ja aineistosta tietoa etsittäessä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 93).

Seuraavassa vaiheessa aineisto luokiteltiin ja teemoitettiin. Tätä vaihetta kuvataan ryhmittelyksi, jossa pelkistettyjä samankaltaisia ilmaisuja yhdistetään ja etsitään eroavaisuuksia. Aineistoa ryhmiteltäessä on tärkeää huomioida, ettei olennaista tietoa katoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia ja ne yhdistettiin. Samankaltaiset ilmaisut koottiin alaluokiksi.

Viimeisessä vaiheessa alaluokista yhdistettiin ryhmiä ja niille luotiin yläluokat. Yläluokista saatiin teemoja, käsitteitä tuloksiin, joita ovat turvallinen osasto ympäristö, osaston pohjapiirustuksen merkitys, valaistuksen ja värien merkitys sekä muistisairas potilaana.



KUVIO 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

5 TULOKSET

5.1 Turvallinen osastoympäristö neuro- ja vanhuspsykiatrisille potilaille

Jones & van der Eerden (2008, 18) toteavat, että kun tiedetään Alzheimerin taudin vaikutukset ihmisen visuaaliseen maailmaan, tulisi osastolla huomioida potilaiden yhteistarpeet ympäristöstään. Taudinkuva ei ole yksitasoinen kaikille potilaille, vaan hahmottamisen vaikeuksia on erilaisia eri potilailla ja eri taudinas-teissa. Valoja, värejä, symboliikkaa, kontrasteja ja ovien piilotusta tai korostusta voidaan ottaa käyttöön osaston tarpeen mukaisesti.

Semi, Salmi & Mykkänen (2016, 46-57) mukaan muistisairaalla ihmisellä fyysisen ja henkisen ympäristön merkitys korostuu, kun arviointikyky ja henkinen kapasiteetti haalenevat sairauden myötä. Teoksen mukaan ikääntymisen aiheuttamat muutokset näkökykyyn vaikuttavat suuresti turvallisuuteen.

Cipriani, ym. (2015, 213) mukaan dementia on sairaus, joka ”ryöstää potilaan kognitiiviset kyvyt”. Se muuttaa persoonallisuutta ja aiheuttaa käytöshäiriöitä kuten psykoottista käytöstä, aggressiivisuutta, apatiaa, vaeltelua ja asioiden toistamista. Tutkimus osoittaa, että ihmisen persoonallisuus on yhteydessä terveyskäyttäytymiseen ja huonojen elintapojen myötä riski sairastua muistisairauteen kasvaa. Tutkimuksessa nostetaan esiin aiempi tutkimus vuodelta 2002, minkä johtopäätös oli, että korkea neuroottisuus altistaa harhaisuudelle, korkea myöntyvyys altistaa hallusinaatioille, aggressiivisuudelle sekä käytöshäiriöille, ja korostunut avoimuus altistaa yleisesti mielialahäiriöille. Tutkijat mainitsevat kuitenkin, ettei vastaavaa yhteneväisyyttä ollut todettu aiemmin, vuonna 1998 tehdyssä tutkimuksessa. Sairautta edeltävän psyykkisen häiriön on kuitenkin todettu vaikuttavan Alzheimerin tautiin sairastuneen vaiheittaiseen muistiin. Sairastuvilla on myös alkuvaiheessa todettu olevan joustamattomuutta, itsekeskeisyyttä, kasvavaa apatiaa ja tunteidenkäsittelyyn liittyvää vaikeutta. Kokonaisvaltainen lähestyminen sairauden hoitoon, on oppia tunnistamaan ei-kognitiiviset oireet, kuten persoonallisuuden muutokset, jo ennen diagnoosia, jotta hoito saataisiin aloitettua jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällä keinolla myös perhe ja läheiset pystyisivät osallistumaan ja suunnittelemaan tulevaa, ja sairastuva itse pystyisi määrittelemään hoitotahtonsa.

Bang, Spina, & Miller (2015, 1672-1675) toteavat, että otsalohkodementia on katotermi usealle eri rappeuttavalle oireelle, jotka vaikuttavat käyttäytymiseen, toimintakykyyn, sekä puheentuottoon ja -ymmärrykseen. Otsalohkodementia on usein alle 65-vuotiaiden sairaus. Sairaus saattaa muistuttaa erehdyttävästi erilaisia psyykkisiä sairauksia kuten skitsofreniaa, masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, epäluuloisuus- tai epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä, sekä pakko-oireista ahdistuneisuushäiriötä, mutta on erityisen tärkeää osata erottaa sairaudet toisistaan.

Elo, Saarnio ja Isola (2013, 17, 20) toteavat, että turvallinen hoitoympäristö muodostui lukituista tiloista, hyvästä valvonnasta osastolla, turvaamisen apuvälineistä sekä turvallisista esineistä ja huonekaluista. Tutut hoitajat osastolla lisäsivät potilaan turvallisuuden tunnetta. Vähäistä hyötyä havaittiin olevan muistikylteistä, opasteista ja merkeistä.

Semi, Salmi & Mykkänen (2016, 10-13) toteavat, että muistiystävällinen ympäristö rakentuu aina ihmislähtöisesti, ihmisen tarpeet huomioiden. Ympäristötekijät vaikuttavat ihmisen fyysiseen terveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin äänen, valon, värin, kosketuksen kautta.

Muistisairauteen sairastuneen potilaan terveydentilan muutokset tapahtuvat suurimmaksi osaksi henkilön kognitiossa, mutta myös persoonallisuus on jo kokenut usein muutoksen ennen diagnoosia. Dementian alkuvaiheessa on todettu ilmevän joustamattomuutta, itsekeskeisyyttä, kasvavaa apatiaa ja tunteiden käsittelyn vaikeutta, esimerkiksi otsalohkodementiaan liittyy empatian puute ja sopimaton käyttäytyminen ja Alzheimerin tautiin ruokamieltymysten muutos ja sosiaalisen kyvykkyyden heikentyminen. (Cipriani ym. 2015, 210-212.) Marquardt ja Schmiege (2009, 337) kertovat myös tutkimuksessaan, dementoituneen potilaan tietoa käsittelevien kykyjen toiminnan muuttumisesta oleellisesti taudinkuvan edetessä.

Jotta osastoympäristö on turvallinen muistisairaalle potilaalle, on tiedettävä millainen psyykkinen ja fyysinen vointi henkilöllä on. Tilojen suunnittelijan täytyy tietää, millainen potilasryhmä on kyseessä ja osattava huomioida heidän erityistarpeensa. Suunnitelmaa tehdessä korostuu moniammatillisen työryhmän merkitys, hoitohenkilöstön kokemus ja eri ammattialojen erityisosaaminen. Potilaan perhe

ja läheiset ovat sairauden edetessä avainasemassa kertomaan hoitohenkilökunnalle muistisairaalan elämänhistoriaa ja asioita, jotka mahdollisesti vaikuttavat henkilön toimintaan (Semi ym. 2016, 43-47). Lähes kaikissa opinnäytetyöhön valituissa tutkimuksissa nousivat esiin osastoympäristön arkkitehtuuriset ratkaisut.

5.1.1 Osaston pohjapiirustuksen merkitys neuro- ja vanhuspsykiatrisen potilaan turvallisuudelle

Elo, Saarnio ja Isola (2013, 17, 20) toteavat, että osastoympäristön arkkitehtuurisilla ratkaisuilla, esimerkiksi pohjapiirroksella, voidaan vaikuttaa osaston turvallisuuteen ja potilaan itsenäiseen toimintaan. Hyvin suunniteltu osasto myös vähensi potilaan ei toivottua käytöstä. Kanslian sijoittaminen keskelle osastoa lisäsi myös turvallisuutta ja helpotti valvontaa.

Marquardt ja Schmieg (2009, 335-337) toteavat, että potilaalle helpoin hahmotettava osasto on selkeä pohjapiirrokseltaan. Osaston tulisi olla suorakaiteen muotoinen ja keskellä kulkevalta käytävältä olisi sisäänkäynti huoneisiin. Osaston keskelle sijoitettu oleskelualue, keittiö ja ruokailutila palvelevat muistisairaita parhaiten. Selkeä, avoin ja hyvin hahmotettava tila tukee selviytymistä arjessa. Potilaiden ulkoilutiloihin kulku olisi hyvä olla oleskelualueelta, jotta hoitohenkilökunta pystyy valvomaan potilaiden ulkoilua myös sisältäpäin. Paikat, joita potilaan ei tule löytää, voidaan naamioda tai häivyttää siten, ettei niitä havaita.

Tilojen on oltava riittävän väljät, jotta on mahdollista kulkea turvallisesti esimerkiksi rollaattorin tai pyörätuolin turvin (Elo ym. 2013, 20). Osaston pohjapiirustuksen selkeys helpottaa tilan hahmottamista ja toimivimmaksi on todettu suorakaiteen muotoinen tila, josta näkyvyys on hyvä eri suuntiin (Marquardt ym. 2009, 335). Elo ja kumppanit (2013, 20) toteavat myös, että yksinkertainen pohjapiirustus, lyhyet matkat ja pienet yksiköt parantavat osaston hallittavuutta.

5.1.2 Valaistuksen ja värien merkitys neuro- ja vanhuspsykiatrisen potilaan turvallisuudelle

Riittävä valaistus sekä päivällä, että yöllä lisäsi turvallisuutta osastolla. Oikea valaistus, kontrastierot ja sisustuksessa käytettävät värit tukevat ympäristön turvallista hahmottamista. Valon määrällä on todettu olevan vaikutusta melatoniinin erittymiseen sekä uni-valverytmin säilyttämään kirjoittavat Elo, Saarnio ja Isola (2013, 20).

Mustonen, Hallikainen, Hallikainen, Merilahti & Elo (2016, 23) toteavat, että valaistuksella voidaan parhaimmillaan vaikuttaa myönteisesti muistisairaahan vointiin, kuten käytösoireisiin ja vuorokausirytmiin. Yksilöllisesti ja potilaslähtöisesti suunniteltu valaistus osoittautui tutkimuksessa toimivaksi. Kiinnittämällä huomiota valaistukseen eri vuorokaudenaikoina, voidaan vaikuttaa muistisairaahan orientoitumiseen vähentäen vuorokausirytmin häiriöitä ja levottomuutta. Interventiosta hyötyvät muistisairaiden lisäksi hoitotyöntekijät ja läheiset, hyöty näkyy työn kuormittavuuden vähenemisenä ja työssä jaksamisessa. Tulokset osoittivat, että kirkasvalohoito yhdistettynä melatoniiniin lisäsi käytöshäiriöitä, mutta lumelääkkeeseen yhdistettynä se vähensi ja vaikutti myönteisesti muun muassa levottomuuteen. Tuloksiin vaikutti myös potilaan muistisairauden vaikeusaste ja millainen oli hoitoyksikkö.

Semi, Salmi ja Mykkänen (2016, 124-135) toteavat, että vanhetessa maailma alkaa näyttää harmaalta. Näön tarkkuus heikkenee, valon tarve kasvaa, sopeutuminen valotason muutoksiin hidastuu, kyky havaita kontrasteja heikkenee, ympäristön ja liikkeen havaitseminen heikkenee ja etäisyyksien ja syvyyksien arviointi heikkenee. Hyvällä valaistuksen suunnittelulla voidaan vähentää edellä mainittuja ongelmia. Dynaamista valaistusta voidaan ohjata automaattisesti tai manuaalisesti vuorokauden- ja vuoden ajan, liikkeen tai läsnäolon mukaan. Värit vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen, mielialaan ja värivalinnoilla voidaan vaikuttaa ihmisen mieleen ja käyttäytymiseen. Suuret värikontrastit helpottavat havainnointia, siksi värejä on alettu käyttää enemmän myös hoiva-alalla erilaisissa toiminnoissa ja elämisen ympäristössä.

Muistisairas ihminen elää usein tummassa ja utuisessa maailmassa (Semi ym. 2016, 54-57). Vuorokauden mukaan säädettävä ja riittävän hyvä valaistus lisää potilaiden toimintakykyä ja tukee vuorokausirytmää. Ikääntyneet ihmiset tarvitsevat 30 prosenttia enemmän valoa verrattuna nuorempiin (Jones ym. 2008, 18-21). Jones ym. toteavat tutkimuksessaan myös, että tarkkuutta vaativissa tehtävissä, kuten lukeminen, valaistuksen nousun tarve voi olla jopa 500 prosenttia normaalista. Yöaikaisen valaistuksen riittävyys on oleellinen asia turvaamaan liikumista sekä luomaan turvallisuuden tunnetta, mutta esimerkiksi lattiapinnat tulisi olla mattapintaisia, jotta varjoja ei muodostuisi. Potilas voi tulkita varjon virheellisesti henkilönä tai esineenä. (Semi ym. 2016 55-57.) Valaistuksen lisäksi oleellista on voimakkaat kontrastit sekä kirkkaat värit. Punaista väriä suositellaan käytettäväksi huomiovärinä esimerkiksi WC-istuimissa tai astioiden reunoissa, sekä kaiteissa ja portaikkojen reunoissa. Punaisen lisäksi keltainen on todettu näkyvän parhaiten. (Elo ym. 2013, 17.) Kylmät värit, kuten sininen ja vihreä on huonoiten erotettavissa ja pastellinsävyjä ei havaita lainkaan (Jones ym. 2008, 17). Artikkelissaan Jones ja kumppanit (2008, 18) mainitsevat myös peilien käytöstä olevan hyötyä ainoastaan valon jakamisen kannalta ja silloinkin peilin asettelu seinälle tulisi olla tarpeeksi korkealla, jotta heijastuspinta ei olisi muistisairaalle käytettävissä. Marquardt (2009, 337) ja Jones (2008, 26-27) kumppaneineen kertovat opastekylttien ja muistivihjeiden olevan hyviä apuvälineitä muistisairaahan opastamiseksi osastolla lukemiskyvyn heikentyneessä tilassa. Otsalohko-dementiaa käsittelevässä artikkelissa Bang ja kumppanit (2015, 1674) toteavat kuitenkin, ettei muistikylteistä ollut juurikaan hyötyä.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tulososiossa lähdetään liikkeelle erilaisista muistisairauksista ja niiden vaikutuksista turvalliseen osastoympäristöön ja edetään tarkastelemaan tuloksia yksityiskohtaisemmin.

Turvallinen osastoympäristö neuro- ja vanhuspsykiatrisille potilaille muodostuu avarista ja selkeistä lukituista tiloista. Tutkimusten mukaan on oltava mahdollisuus esteettömään liikkumiseen apuvälineiden kanssa. (Elo ym. 2013, 17.) Heikentynyt näkökyky vaikuttaa oleellisesti potilaan turvallisuuteen osastoympäristössä ja siksi osastot tulee rakentaa ihmislähtöisesti, potilaan tarpeet huomioiden. Kognitiivisen tilan muuttuessa sairauksien myötä tilojen suunnittelussa tulee huomioida, millainen potilasryhmä on kyseessä ja huomioitava heidän erityistarpeensa. (Semi ym. 2016, 10-13, 132-135.)

Osaston toimiva pohjaratkaisu vähentää potilaan ei toivottua käytöstä ja sillä voidaan vaikuttaa turvallisuuteen ja potilaan itsenäiseen toimintaan. Tutkimuksissa on todettu, että kanslian sijoittaminen keskelle osastoa helpotti valvontaa ja lisäsi turvallisuutta. (Elo ym. 2013, 16-17, 20.) Potilaalle helpoiten hahmotettava osasto on suorakaiteen muotoinen ja selkeä tila. Osaston tulee olla muunneltavissa niin, että paikkoja voidaan naamioida ja häivyttää niin, ettei niitä havaita. (Marquardt ym. 2009, 334-335, 337.)

Valaistuksen on oltava riittävää vuorokauden ympäri. Valaistuksessa tulee huomioida vuorokauden vaihtelu. Valon määrällä on todettu olevan vaikutusta uni- ja valverytmiin. Oikea valaistus ja värien kontrastit tukevat ympäristön hahmottamista. (Elo ym. 2013, 17, 20.) Valaistus vaikuttaa myönteisesti myös käytösoireisiin ja muistisairaahan hyvinvointiin. Valaistus tulee suunnitella yksilöllisesti. (Muston ym. 2016, 23.) Ikääntyessä näkökyky heikkenee, valon tarve kasvaa ja syvyyssnäkö heikkenee. Voimakkailla värikontrasteilla voidaan helpottaa havainnointia ja tästä syystä värejä on alettu käyttää enemmän hoiva-alalla. Esimerkiksi punainen ja keltainen väri ovat parhaiten huomioitavia värejä. (Semi ym. 2016,

80-97, 124-139.) Heijastavia pintoja sekä peilejä ei suositella käytettävän, koska ne luovat vääristyneitä tiloja, hahmoja ja varjoja. Kuvalliset muistivihjeet voivat olla hyviä apuvälineitä oikeiden tilojen ja asioiden löytämiseen. (Jones ym. 2008 16-19, 22-30.)

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmällisesti salliva ja väljä, joten tutkimuksen kaikissa vaiheissa korostuvat tutkijan eettiset valinnat. Eettisyydellä ja luotettavuudella on vahva yhteys toisiinsa. (Kangasniemi ym. 2013, 297.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan (2012) tutkimus on eettisesti toteutettu ja luotettava, kun tutkimusprosessin eri vaiheissa on toimittu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tieteellinen käytäntö tarkoittaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta eri vaiheissa tutkimusprosessia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkijoiden noudattaessa hyvää tieteellistä käytäntöä he luovat pohjan tutkimuksen uskottavuudelle. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkijat soveltavat tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä kriteerien mukaisesti ja läpinäkyvästi. Työskentelyn läpinäkyvyyden tulee myös toteutua tuloksia julkaistessa. On tärkeä huomioida muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisin lähdeviittein. (Tuomi 2007, 132.)

Teimme opinnäytetyötä eettisyyden periaatteita noudattaen. Opinnäytetyöprosessin ajan tehtiin rehellisiä ja eettisiä valintoja. Opinnäytetyö toteutettiin sääntöjen mukaisesti ja Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeita noudattaen. Opinnäytetyössä lähteisiin on viitattu alkuperäistä lähdettä kunnioittaen.

Tieteellinen käytäntö tarkoittaa yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkijat ottavat huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset. Tutkimukset ja niiden tulokset voivat olla eettisesti hyväksyttäviä ja luotettavia vain, jos ne ovat tuotettu hyvän tieteellisen käytännön mää-

räämällä tavalla. Tutkijat viittaavat aiempiin tutkimuksiin asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Noudatimme työssämme hyvän tutkimuseetiikan mallia varmistamalla kaikkien lähteiden luotettavuuden ja valitsemalla mahdollisimman tuoreita tutkimuksia, lähteisiin viitattiin alkuperäistä lähdettä kunnioittaen. Opinnäytetyö toteutettiin Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeita noudattaen. Lähteiden vähäinen määrä hankaloitti aihealueen laajempaa tarkastelua syvällisesti. Tutkimuksia löytyi useita, jotka viittasivat vain turvalliseen osastoympäristöön tai neuro- ja vanhuspsykiatriin potilaisiin. Jouduimme useaan otteeseen kriittisesti pohtimaan, mitkä näistä tutkimuksista olivat sisällöltään oleellisia vastaamaan opinnäytetyömme tehtävään.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Ehdotamme jatkotutkimukseksi haastattelua neuro- ja vanhuspsykiatrisilla osastoilla työskentelevien hoitajien kokemuksista ja siitä, kuinka he hoitajina toimivat ja ohjaavat kognitiivisesti haastavia potilaita.

LÄHTEET

Bang, J., Spina, S. & Miller, B. L. 2015. Frontotemporal dementia. The Lancet. Vol 386. October 24, 2015.

Cipriani, G., Borin, G., Del Debbio, A. & Di Fiorino, M. 2015. Personality and Dementia. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol 203. Number 3. March, 2015.

Elo, S., Saarnio, R. & Isola, A. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. Tutkiva Hoitotyö 3/2013, 17-25.

Hallikainen, M., Mönkäre, R. Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 2014. Muistisairaana kuntouttava hoito. Kustannus Oy Duodecim.

Jones, G. & van der Eerden, W. J. 2008. Designing care environments for persons with Alzheimer's disease: visuoperceptual consideration. Reviews in Clinical Gerontology 2008. 18: 13-37. Cambridge University Press Printed in the United Kingdom.

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M. Tani, P. & Vataja, R. (toim.). 2011. Kliininen Neuropsykiatria. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25/2013, 291-301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito. 2016. Luettu 5.9.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks-et/suositus?id=nix01592>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. 11. Uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim

Marquardt, G. & Schmieg, P. 2009. Dementia-Friendly Architecture: Environments That Facilitate Wayfinding in Nursing Homes. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. Vol 24. Number 4.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mustonen, R., Hallikainen, I., Hallikainen, M., Merilahti, J. & Elo, S. 2016. Valaistus muistisairaana henkilön asumisen ja hyvinvoinnin tukena. Gerontologia. 30(1)/2016, 13-26.

Semi, T., Salmi, S. & Mykkänen, J. 2016. Yötaivaan toivo. T&J Semi Oy, GeroArtist.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. Korjattu painos. Turun yliopisto.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Stranberg, T., Sulkava R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2. Uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston opetusjulkaisu 62. Vaasan yliopisto. Luettu 12.1.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. Sote-uudistus. Luettu 5.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Valvira. A. 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Luettu 5.1.2019. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Valvira. B. 2015. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Luettu 16.12.2018. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista-rajoittavien-turvavälineiden-kaytto>

LIITTEET

Liite 1. Aineiston keskeiset tiedot

Tekijä, julkaisu- vuosi	Tutkimuksen aihe	Menetelmä ja ai- neisto	Keskeiset tulok- set
Cipriani, G., Borin, G., Del Debbio, A. & Di Fiorino, M. 2015. Italy.	Personality and De- mentia	Kirjallisuuskat- saus.	Dementia muuttaa ihmisen persoonal- lisuutta, mutta on myös viitteitä siitä, että dementia nos- taakin esiin ”pii- lossa” olleita per- soonallisuuden ulottuvuuksia, mitä terveenä on pys- tytty kontrolloi- maan. Neurootti- suus suurentaa, - tunnollisuus ja avoimuus pienen- tää dementiaan sairastumisen ris- kiä.

<p>Bang, J., Spina, S. & Miller, B. L. 2015. USA</p>	<p>Frontotemporal de- mentia</p>	<p>Artikkeli kirjalli- suuskatsauksesta</p>	<p>Otsalohkodemen- tia on yleistä alle 65-vuotiailla. Sai- raus voi usein muistuttaa ereh- dyttävästi erilaisia psykykkisiä sairauk- sia, kuten skitso- frenia, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, epä- luuloinen- tai epä- sosiaalinen per- soonallisuushäiriö, sekä pakko-oirei- nen ahdistunei- suushäiriö. Otsa- lohkodementia voi- daan todeta neuro- patologisissa ko- keissa. Käyttäyty- misneurologisten ja psykykkisten sai- rauksien erottami- nen toisistaan var- haisessa vai- heessa voi mah- dollistaa otsaloh- kodementian ym- märtämisen, tun- nistamisen ja mah- dollisesti paranta- van hoidon löyty- misen.</p>
--	--------------------------------------	---	---

<p>Elo, S., Saarnio, R., & Isola, A. 2013.</p> <p>Suomi</p>	<p>Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä</p>	<p>Kyselytutkimus, jossa selvitettiin hoitajien (n=350) näkemyksiä siitä miten fyysinen hoitoympäristö tukee pitkäaikais-hoidossa olevan muistisairaana henkilön turvallista liikkumista ja omatoimisuutta.</p>	<p>Turvallinen hoitoympäristö muodostuu hyvin suunnitelluista ja lukuista tiloista, hyvästä valvonnasta, liikkumiselle esteettömistä tiloista, riittävästä valaistuksesta osastolla.</p>
<p>Mustonen, R., Hallikainen, I., Hallikainen, M., Merilahti, J., & Elo, S. 2016</p> <p>Suomi</p>	<p>Valaistus muistisairaana henkilön asumisen ja hyvinvoinnin tukena</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli kuvata valaistukseen kohdistettuja interventioita muistisairaana henkilön koti-, hoiva-, ja palveluasumisen ympäristöissä sekä niiden vaikutuksia muistisairaana elämään.</p>	<p>Kirkasvalohoidosta saadut hyödyt olivat vaihtelevia. Osassa tutkimuksia kirkasvalo hoito saattoi aiheuttaa myönteisen vaikutuksen ohella myös kielteisiä vaikutuksia. Tulokset osoittivat, että kirkasvalo hoito yhdistettynä melatoniiniin lisäsi käytöshäiriöitä, Yksilöllisesti suunniteltu valaistus taas vaikutti myönteisesti uneen, levottomuuteen, kaatumisiin ja masentuneisuuteen.</p>

Semi, T. & Salmi, T. 2016. Suomi	Yötaivaan toivo	Tietokirja/ammattikirja muistisystävällisen ympäristön suunnittelusta ja muotoilusta tilasta.	Muistiystävällinen ympäristö rakentuu aina huomioiden ihmislähtöisyyden. Ympäristötekijät vaikuttavat ihmisen fyysiseen terveyteen ja mielen hyvinvointiin äänen, valon, värin, kosketuksen kautta. Muistisairaalla ihmisellä fyysisen ja henkisen ympäristön merkitys korostuu, kun arviointikyky ja henkinen kapasiteetti haalenevät.
----------------------------------	-----------------	---	---

Marquardt, G. & Schmieg, P. 2009. Germany.	Dementia-Friendly Architecture: Environments That Facilitate Wayfinding in Nursing Homes	Meta-analyysi	Dementoituneet kulkivat osastolla parhaiten, ja itsenäisti, kun osaston pohjasuunnitelma oli käytävämallinen ja selkeä. Kaikki käännökset, kulmat ja sisennykset hämmensivät. Myös yhteisen oleskelu/ruokailu/keittiötilan avoimuus ja tilan keskelle sijoittelu helpotti asukkaiden osastolla kulkemista ja toimintaa.
--	--	---------------	---

Jones, G. & van der Eerden, W. 2008. United Kingdom.	Designing care environments for persons with Alzheimer's disease: visuoperceptual considerations	Artikkeli	Yhtä -ylitse muiden olevaa hoitoympäristöä ei vielä ole löydetty, vaikka useita erilaisia on kokeiltu. Visuaalisten tarpeiden huomioiminen Alzheimer-potilaan käytännön elämässä mahdollistaa "kodinomaisuuden" asumuksessa, vaikka ympäristö ei olisikaan suoraan kodin näköinen. Valojen, varien, symbolien, kontrastien ja ovien piiloutuksen tai korostuksen käytössä tulee välttämättömmät valikoida asukkaiden tarpeiden mukaan käyttöön.
--	--	-----------	---

